

加速康复外科护理在泌尿外科肾结石围手术期护理中的进展

陈莉丹

钦州市第二人民医院 广西钦州 535000

【摘要】随着微创技术的不断发展,经皮肾镜碎石术(PCNL)以手术创伤相对较小、操作简便、肾结石取净程度较高等优势被广泛运用于临床。但是由于肾脏周围分布的血管丰富,在手术过程中仍有可能对患者肾脏造成一定的损伤,引起出血,进而加剧患者疼痛,导致其术后容易出现诸多并发症,不利于患者机体恢复。因此探索更为科学合理围手术期护理干预模式显得尤为必要。

【关键词】加速康复外科护理;泌尿外科;肾结石;围手术期护理

【中图分类号】R473.6 【文献标识码】A 【文章编号】2095-7165(2020)09-197-02

肾结石作为临床泌尿科较为常见的疾病之一,主要是由于机体的代谢异常、长期卧床、尿路感染、药物的使用等因素导致草酸、钙等晶体物质在肾脏大量聚积所致,以肾绞痛、血尿为主要临床表现^[1-2]。临床针对药物无法缓解或结石直径过大的情况一般采用碎石或取石手术治疗,但是术后患者常出现不同程度的疼痛症状,严重影响疾病预后及患者生活质量^[3]。故本文针对临床近些年围绕泌尿外科肾结石围手术期开展的加速康复外科护理相关研究进行综述,为今后临床医护人员选择合适的护理干预措施选择提供一定参考依据及理论依据。

1 加速康复外科理念概述

加速康复理念(FTS)是指通过在患者治疗期间通过采取各种优化措施,以达到确保治疗成效、减轻患者痛苦、减少并发症及改善生活质量的目的^[4]。加速康复外科内容包括优化麻醉方式、选择微创术式治疗及围手术期护理等。其中围手术期护理属于关键环节之一,术前控制禁食时间、营养支持、健康宣教、留置尿管及胃管放置、疼痛管理以及早期活动等均其主要内容。

2 加速康复外科护理的应用

2.1 健康宣教及心理疏导

FTS理念下对肾结石患者开展的围手术期护理,以患者实际情况为依据,护士对其提出的各种疑难问题予以耐心解释,促使良好护患关系建立;尽可能满足患者各项合理要求,改善其不良心理状态。将加速康复理念、术后护理各阶段方案的主要内容及需要患者正确配合治疗的方式等知识向患者进行详细讲解,让其感受到被重视,并充分认识到自己全面配合治疗在促使疾病恢复过程中发挥的重要作用,极大程度使其心理应激减少,从而显著降低术后并发症发生率。

2.2 饮食干预

(1)术前饮食护理:传统护理模式中认为患者在术前1晚只可进食少量流质或半流质食物,并于前1晚22:00后禁食禁饮直至手术。但是临床发现由于患者术前一直处于饥饿状态,使其容易在术后发生胰岛素抵抗情况,从而造成其住院时间延长。此外,胰岛素抵抗会对机体脂肪分解起到促进作用,使得肌肉摄取葡萄糖含量减少,从而增加肌蛋白分解,进而导致氧化应激程度加重,患者术后肌肉强度会下降,机体变虚弱,不利于康复。研究发现,胃肠功能正常状态下,固体食物可于6h左右排空,2h内液体也可以排空,术前2h禁饮模式相比传统模式,并未有不良反应,且前者恶心呕吐发生率相对更低。故在FTS理念中,禁饮时间缩短这一措施不仅不会引起不良反应,甚至还可以使其舒适度增加,有助于术后呕吐症状减轻,并减少低血糖等不适反应。术前2-3h予以患者10%葡萄糖注射液500ml静脉滴注能够刺激机体释放胰岛素,使患者维持正常的胰岛素敏感性,进行蛋白质合成及糖原储备,确保机体一直处于正常生理状态,完全有能力对抗手术应激而出现的分解代谢情况,帮助患者缓解其术后虚弱、疲乏^[5]。(2)

术后饮食指导:围手术期常规护理中术后通常早期采取禁食禁饮状态,待肛门排气后,则认为患者肠道功能已经恢复,此时才可进食。但对于大部分患者特别是腹部手术患者而言,因肠道准备、麻醉及手术创伤等因素,术后机体肠道功能受到抑制,恢复需要一段时间。FTS理念则提倡术后应早期给予患者肠内营养,即24h内可进食流质,通过咀嚼、吞咽方式刺激胃肠道蠕动,促使胃肠道分泌大量释放胃泌素等,有效维护肠道屏障功能。有研究指出,患者术后无需等待肛门排气即可进食流食这一加速康复护理措施,使得患者胃肠功能快速恢复,缩减肠外营养液补充剂量,对患者患者体能恢复起到加速作用^[6]。

2.3 术前肠道准备

术前灌肠会对患者造成刺激,患者易产生恐惧、焦虑情绪,反射性引起心率、血压变化;同时灌肠影响肠道正常生理功能,导致肠道蠕动减慢,延长术后排便时间^[7]。因此FTS理念指导下,术前护理人员不给予患者肠道准备,由于腹腔镜手术经腹膜后入路,术中不会暴露肠道,因此患者可于术前1晚进行正常饮食,并配合输液等其他措施,使其术后肠道功能能够尽快恢复,从而减少其腹胀、恶心、呕吐等并发症的发生情况。

2.4 术中保温及导管管理

手术麻醉、后腹腔镜人工气腹等操作均会造成患者术中体温下降,再加上一系列外部因素作用,导致患者体温无法随环境温度变化而自行调节,容易产生围手术期低体温现象。在体温下降及复温过程中,机体释放儿茶酚胺、糖皮质激素等,加重机体对手术的应激反应,影响患者凝血功能,可增加切口感染及心血管疾病的发生,不利于患者康复^[8]。管道护理:术前不常规留置尿管及胃管;术后注意观察引流管内液体的颜色性质及量并妥善固定,以免管道扭曲或压迫影响引流;部分病情需要留置尿管及引流管者若未出现血尿等异常情况于术后24h拔除。

2.5 早期活动与疼痛管理

术后早期活动可促进肠麻痹的恢复,改善肠胀气,促进肠道功能恢复;还有助于痰液排出,预防各种肺部并发症(如肺部感染)的发生;且可以尽快恢复膀胱功能,避免发生尿路感染以及尿潴留对机体血液循环起到促进作用,有助于深静脉血栓的形成减少。医护人员结合患者个体情况及实际病情进行下床活动计划表制定,注意患者活动期间,护士应当密切监测起各项生命体征。术后采取多模式镇痛:如术中镇痛泵放置、术后按时(9:00-19:00)选择镇痛剂实施静脉注射,1次/12h;同时每日实施2次疼痛评估,分早晚进行,用药后0.5h再次进行疼痛评估若评分超过4分,可适当遵医嘱追加止痛剂,以保障患者睡眠质量。

3 小结

综上所述,加速康复外科护理在泌尿外科肾结石患者围手术期护理中合理应用可发挥良好效果,患者机体恢复速度相比传统

(下转第202页)

性。同时，密切观察双下肢静脉回流情况，并进行干预；能下床的病人应鼓励其进行离床活动，尽量减少卧床时间，促进血液循环。通过对该类患者进行术前下肢深静脉血栓危险度的评估，术后采用基本预防、机械预防和药物预防联合应用的综合预防措施，不仅能有效降低下肢深静脉血栓的发生率，还可降低其它并发症，从而减轻患者的经济负担及不必要的痛苦。并密切观察患肢远端血供、皮肤温度、感觉及运动情况，以达到早期发现、早期治疗的目的，防止肺栓塞的发生。通过对下肢深静脉血栓形成的护理，我们体会到严密的病情观察，细致的生活护理，恰当的心理疏导，如手术后却并发深静脉血栓，导致下肢肿胀，活动受限。心理难免出现波动，加之对此病缺乏充分的认识，认为下肢深静脉血栓治不好就要截肢，精神过度紧张，增加了患者的心理压力，多出现焦虑、恐惧、抑郁、失望等心理反应。针对患者出现的这些心理反应。护理人员应做好心理护理工作，向患者及其家属讲述此病的原因及机制、治疗过程、恢复时间等有助于增强患者的信心，消除其焦虑、恐惧心理；当病人提出一些疑问时，护理人员应耐心解答，做好安抚工作，多对患者说些鼓励的语言，利于配合护理工作，使患者建立开朗乐观的心理状态，要建立融洽的护患关

系，创造良好的心理环境。准确把握药物的使用方法和用药原则，观察用药后的效果和不良反应，认真的指导患者掌握康复期功能锻炼的要领，掌握病人的病情动态变化，都对预防骨科下肢深静脉血栓并发症的形成及恢复起到了事半功倍的效果，降低了死亡率和致残率，同时也提高力护理质量和患者生活质量。因此，在预防和治疗中，护理工作起到至关重要的作用，为进一步提高预防护理效果，应不断加强护理人员的理论知识水平和实践能力。

[参考文献]

[1] 王秀芳. 下肢骨折术后并发深静脉血栓形成患者的观察及护理[J]. 实用医技杂志, 2007, 14(7):6.
 [2] 张莉璟, 程云. 骨折患者下肢静脉血栓的护理进展[J]. 护士进修杂志, 2010, 25(7):634-635.
 [3] 陈月梅, 刘晶, 马玉英. 全髋关节置换术后并发症的护理及预防[J]. 护士进修杂志, 2007, 22(18): 1719-1721.
 [4] 唐文平. 骨科卧床患者下肢静脉血栓形成的预防与护理[J]. February 2011, 9(6): 140-141.
 [5] 肖蓉. 高频彩色多普勒超声对下肢静脉血栓的诊断与价值[J]. 西部医学, 2011, 23(7): 1342-1343.

(上接第 196 页)

[参考文献]

[1] 简福霞, 梁泽平, 商瑾. 体外膜肺氧合技术联合连续性肾脏替代治疗成功救治 1 例多器官功能障碍病人的护理[J]. 全科护理, 2016, 14(025):2692-2693.
 [2] 王庆云, 周姓良, 肖素飞, 等. 1 例局部枸橼酸抗凝在体外膜肺氧合联合连续性肾脏替代治疗中的护理[J]. 当代护士旬刊, 2019, 26(05):162-163.
 [3] 刘晓玲, 李云, 蔡丽碧, 等. 体外膜肺氧合联合连续性肾脏替代治疗危重症患者的护理[J]. 中西医结合护理(中英文), 2020, 006(001):P.109-112.
 [4] 李莲叶, 李广玉, 张洁, 等. 体外膜肺氧合技术联合连续性肾脏替代治疗救治儿童暴发性心肌炎的护理体会[J]. 北京医学,

2020, v.42(05):114-116.

[5] 吴允东. 体外膜肺氧合联合连续性肾脏替代疗法辅助治疗 1 例三尖瓣下移畸形矫正术的护理[J]. 全科护理, 2018, 016(016):2044-2046.
 [6] 姚磊. ECMO 联合 CRRT 治疗重症心肌炎合并呼吸衰中综合护理的应用价值研究[J]. 养生保健指南, 2019, 000(018):141.
 [7] 曹莹莹, 王效氏. 体外膜肺氧合联合连续性肾脏替代疗法抢救多器官功能衰竭患者的护理[J]. 实用临床护理学电子杂志, 2018, 003(022):P.65-66.
 [8] 金丹, 林芳, 杨晶, 等. 1 例 ECMO 联合 IABP 及 CRRT 治疗致死性心肌梗死的护理[J]. 全科护理, 2017, 31(v.15):125-126.
 [9] 蒋春艳, 涂惠娟. ECMO 联合 IABP 及 CRRT 应用于心脏术后患者的护理[J]. 护理与康复, 2018, v.17(05):93-94.

(上接第 197 页)

护理模式更快，有助于生活质量改善。

[参考文献]

[1] 胡英娜. 快速康复外科理念在机器人辅助后腹腔镜肾部分切除术患者围手术期护理中的应用[J]. 上海护理, 2018, 18(6):54-56.
 [2] 周宏霞, 刘建民. 加速康复外科护理理念在经皮肾镜取石术患者中的临床护理应用效果分析[J]. 中华全科医学, 2017, 15(12):2145-2147.
 [3] 张惠, 彭双. 加速康复外科理念在输尿管软镜碎石术患者围手术期护理中的应用[J]. 当代护士(下旬刊), 2020, 27(1):42-44.
 [4] 黄海鹏, 莫林键, 李天宇, 等. 加速康复外科理念在输尿管软镜下钬激光碎石术日间手术模式中的应用效果[J]. 广西医学,

2020, 42(8):964-967, 971.

[5] 杨帆, 龙永其, 湛磊, 等. 一步扩张法建立经皮肾通道在 PCNL 加速康复外科中的应用[J]. 医学临床研究, 2019, 36(9):1834-1836.
 [6] 卢亚乐. 加速康复外科结合经皮肾镜取石术在泌尿外科应用的现状和展望[J]. 中国医学工程, 2019, 27(11):40-44.
 [7] 敖平, 束玲, 卓栋, 等. 基于加速康复外科理念的输尿管软镜碎石术后 SIRS 的危险因素分析[J]. 中华医学杂志, 2019, 99(10):758-763.
 [8] 张学平, 张敏, 宋超, 等. 加速康复外科理念在行腹腔镜膀胱根治性切除术患者围术期中应用的临床观察[J]. 临床肿瘤学杂志, 2018, 23(7):631-634.

(上接第 198 页)

应采用冰敷、酒精擦拭等物理降温的方法，必要时可大量输液与利尿。

3.5 术后镇静

由于无痛，苏醒后兴奋可引起伤口裂开、骨关节损伤及发热，故术后应当给予充分镇静。

4 结语

综上所述，CIPA 是一种罕见的常染色体隐性遗传性疾病，掌握其临床特征，为提供此类患者手术麻醉管理更趋于科学性和合理性。

[参考文献]

[1] 顾立达, 肖曼琳, 翟承亮. 先天性无痛无汗症 1 例报告[J]. 临床儿科杂志, 1984, 2(4): 255.
 [2] 荣丽英, 梁红, 刘冬冬, 等. 先天性无痛无汗症五例[J]. 中华围产医学杂志, 2001, 4(2): 63.
 [3] 沈红霞, 周剑峰, 柴建农, 等. 先天性无痛症(附 1 例报告及文献复习)[J]. 中国当代儿科杂志, 2009, 11(3):197-198.
 [4] 姜宇, 田野, 王以朋, 等. 先天性无痛无汗症合并 Charcot 脊柱病 1 例报道并附文献复习[J]. 中国骨与关节外科, 2011, 4(4): 338-343.
 [5] 张维亮, 苏帆, 先天性无痛无汗症患儿接受基础加硬膜外麻醉一例[J]. 临床麻醉学杂志, 2012, 28(11): 1130.